Ueber einen interessanten Fall

von

Beckenfractur

mit anschliessender traumatischer Hysterie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst

und einer hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Adolf Kalm

approbirter Arzt aus Bremerhaven.

München 1895.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2,
Eingang Wittelsbacherplatz.

Ueber einen interessanten Fall

von

Beckenfractur

mit anschliessender traumatischer Hysterie.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

gesammten Medizin

verfasst

und einer hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Adolf Kalm

approbirter Arzt aus Bremerhaven.

München 1895.

Buchdruckerei Kastner & Lossen, Finkenstrasse 2,
Eingang Wittelsbacherplatz.

Referent: Prof. Dr. Angerer.

Seinen theuren Eltern in Liebe gewidmet

der Verfasser.

Da das menschliche Becken teils durch knöcherne Verwachsung seiner einzelnen Teile, teils durch starke Bänderverbindung seiner Gelenke einen sehr fest gefügten Knochenring als Stützpunkt für die Bewegungsorgane darstellt, da es ferner durch starke Fascien und dicke Muskelpolster geschützt ist, so bedarf es bekanntlich für gewöhnlich einer bedeutenden Krafteinwirkung, um die Widerstandsfähigkeit dieses soliden Gebildes zu überwinden und eine Fractur in einem oder mehreren Bestandteilen eines solchen Knochengefüges herbeizuführen.

Als Folge dieser günstigen Verhältnisse, sowie des Umstandes, dass das Becken bei seiner Mittellage im menschlichen Körper nur selten den Angriffspunkt für äussere Gewalten bietet, sehen wir denn auch, dass nach sämmtlichen Statistiken über Knochenbrüche die Beckenbrüche zu den selteneren Vorkommnissen gehören.

So berechnete*):

Bruns unter 40277 im Londoner Hospital behandelten Knochenbrüchen nur 128,

Gurlt unter 22616 in demselben Spitale beobachteten Brüchen nur 75 solcher in Beckenknochen.

*)„Ueber Beckenfracturen“ v. Dr. H. Kirchner, pract. Arzt in Wiesentheid.

Weitere statistische Zählungen*) wurden vorgenommen in den Kliniken zu Halle, Berlin und Breslau, sowie an dem Middlesex-Hospital zu London.

Nach diesen trafen

in Halle (Blasius) bei 778 Fracturen 7 auf das Becken,
in Berlin (Gurlt) bei 1631 „ 16 „ „ „
in Breslau (Drozynski) bei 2958 „ 24 „ „ „
in London (Lonsdale) bei 1901 „ 7 „ „ „

Wenn nun nach den Beobachtungen von Gurlt und Bruns im Londoner Hospitale der Procentsatz von 0,31 bis 0,33 jedenfalls zu niedrig gegriffen ist, so dürfte dieses seinen Grund darin haben, dass die Statistik dieser beiden Autoren sich nur auf Fracturen, die im Hospital behandelt wurden, erstreckt, also auf Fälle, die sich durch besondere Schwere der Verletzung oder durch seltenes Vorkommen auszeichneten. Die Berechnung aus den in obengenannten vier Kliniken sowohl bei Hospital- wie bei ambulanter Behandlung beobachteten 7268 Fällen ergiebt, dass bei je 100 Fracturen 0,74 die Beckenknochen betreffen. Andere Statistiker berechneten die Frequenz der Beckenfracturen auf 0,81 %.

Ich glaube, dass man sich am besten der Ansicht Königs anschliesst, der in seinem „Lehrbuch der speciellen Chirurgie“ Bd. III pag. 362 sagt:

„Die Frequenz der Beckenfracturen ist sicherlich keine sehr grosse. Sie beträgt nicht ganz ein Prozent sämmtlicher Fracturen. Wir geben die Zahlen nicht genauer, da die Unsicherheit der Diagnose in vielen Fällen eine sichere Zählung bis jetzt unmöglich macht.“

Wie wir oben gesagt, können wir den Grund dieses

*) „Zur Statistik der Knochenbrüche“. Anton Drozynski. Breslau 1880.

niederen Procentsatzes der Beckenfracturen zurückführen auf die geschützte Lage des Beckenringes und seinen soliden Bau, die einerseits ein häufigeres Vorkommen dieser Verletzung verhindern, die aber andererseits auch durch die Erschwerung der Untersuchung, sowie durch das häufige Nichtvorhandensein einer bedeutenderen Dislocation die Diagnose oft so schwierig machen, dass dieselbe bisweilen nur vermutungsweise aufgestellt werden kann, ja, dass das Bestehen einer Beckenfractur unter Umständen völlig übersehen wird.

Während nun in den bei Weitem meisten Fällen in der Aetiologie schwere Gewalteinwirkungen wie: Sturz aus beträchtlicher Höhe, Ueberfahrenwerden, Zusammendrücken zwischen Eisenbahn- resp. Lastwagen, Verschüttetwerden, Fallen des Pferdes auf den Reiter etc. als Ursachen für die Entstehung einer Beckenfractur angegeben werden, so finden wir doch in der einschlägigen Litteratur 2 Fälle, in welchen eine geringe Kraftwirkung genügte, um eine derartige, verhältnismässig schwere Verletzung herbeizuführen.

So beobachtete Rose eine solche, entstanden durch Fall auf die Hüfte in ebener Stube, und Malgaigne eine Beckenfractur, die durch Muskelzug herbeigeführt wurde.

Diesen beiden Fällen glaube ich einen von mir an der K. bayr. Unteroffiziersschule zu Fürstenfeld-Bruck beobachteten an die Seite stellen zu dürfen, dem, abgesehen von der Eigenartigkeit der Genesis, auch sonst noch manches Interessante abzugewinnen sein dürfte.

Ich lasse zunächst die Krankengeschichte folgen:
Anamnese vom 23. I. 1895:

Ein sonst gesunder kräftiger Mann von 17 Jahren, der nur einmal wegen Contusion des linken Kniegelenkes

in Behandlung war, fiel beim Sprung über das Pferd durch Ausgleiten am Sprungbrett auf die hintere Kante des Pferdes auf, fiel rückprallend zu Boden. Er hatte dabei angeblich ungeheuren Schmerz und das Gefühl, es sei in seiner linken Hüfte etwas zerrissen, und glaubte zu bluten. Unterstützt von 2 Kameraden, halb getragen, versuchte er noch in sein Zimmer zu kommen. Besonders schwer sei ihm das Auftreten auf den linken Fuss geworden, ohne dass die Bewegung im linken Hüftgelenk ihm besonders schmerzhaft oder unausführbar geschienen. Er hatte den Eindruck, als sei ihm im Leibe etwas zerrissen.

Befund:

Die Auskleidung kann wegen heftiger Schmerzen nur langsam geschehen.

Aeusserlich am Becken nichts sichtbar, keine Niveaudifferenz.

Die Beine wurden auf der Bahre in leichter Kniebeugestellung gehalten, können aber im Bette ohne Steigerung der Schmerzen in gestreckter Stellung gelagert werden. Bei der Belastung des Beckens ist besonders Druck auf die beiden Darmbeinschaufeln gegeneinander, sowie auf den Schambogen äusserst schmerzhaft. Druck auf den Unterleib weniger schmerzhaft.

Nach Verlauf ca. einer halben Stunde zeigt sich blaurote Verfärbung an der inneren hinteren Seite des rechten Oberschenkels, sowie blutunterlaufene Stellen am Penis.

Bei vollständiger Ruhelage fühlt Patient keine lebhafteren Schmerzen; klagt auch nicht über besonderes Schwächegefühl.

Temperatur abends 37,9
Puls 68

Atmung 18

Ordination: Ruhelage.

Eisbeutel auf Unterleib, Symphysengegend, und zwischen die Schenkel.

24. I. 1895.

Angeblich nachts wenig Schmerzen, jedoch nicht geschlafen.

Die Schmerzen concentrieren sich jetzt nur noch auf den linken Ramus sup. pub. Jeder Druck auf die sämmtlichen vorspringenden Knochenteile des Beckengürtels ruft lebhaften Schmerz links von der Symphyse hervor.

Die Betastung der rechten Hälfte des Beckens kann ohne besondere Schmerzen vorgenommen werden. Bei Einführung des Fingers in den linken Leistenkanal tritt intensiver Schmerz auf, sobald man den Knochen zu betasten versucht.

Die blauunterlaufenen Stellen entfärben sich und zeigen nur noch einzelne dickere Venenstränge.

Bewegungsfähigkeit des rechten Beines schmerzlos; links infolge heftiger Schmerzen unmöglich.

Temperatur	morgens	38,0
„	abends	38,4
Puls	morgens	64
„	abends	72
Atmung		20

25. I. 1895.

Allgemeinbefinden unverändert.

Schlaf schlecht, weil Patient sich nicht bewegen kann.

Geringer Druck auf die Spina iliac. ant. sup. links, etwas stärkerer rechts, ebenso auf den linken Trochanter und Tub. ischii reichten aus, um den Schmerz an der typischen Stelle hervorzurufen. Dislocation und Crepitation

sind allerdings nicht vorhanden, resp. können nicht constatiert werden, da die heftigen Schmerzen eine Untersuchung per rectum unmöglich machen. Von einer Untersuchung in Narkose wird Abstand genommen, da die Gewalt, welche nötig wäre, um die Lage und Richtung der Fractur festzustellen, jedenfalls geeignet wäre, mehr Schaden hervorzubringen, als der ist, welcher durch die Entdeckung beseitigt werden sollte.

Patient wird heute auf Luftkissen gelegt.

Stuhl angehalten.

Klarer Urin wird ohne Beschwerden entleert.

Verfärbung am rechten Oberschenkel, sowie Geschwulst dortselbst gehen zurück.

Bewegungsversuche des linken Beines activ und passiv äusserst schmerzhaft.

Patient sucht seine Beine möglichst symmetrisch zu legen. Die Processus spin. anter. super. stehen in gleicher Höhe und die unteren Extremitäten sind gleich lang. Die geringste Abweichung von der Symmetrie ist äusserst schmerzhaft. Ebenso wird ängstlich die Rückenlage eingehalten.

Nach allen Symptomen ist die Diagnose Beckenfractur als sehr wahrscheinlich, wenn nicht gesichert anzusehen.

Temperatur	morgens	38,3
„	abends	38,1
Puls	morgens	72
„	abends	76
Atmung		20

26. I. 1895.

Gestern abends erfolgte Stuhlentleerung, die entgegen der ärztlichen Anordnung in sitzender Stellung mit ziemlich heftigen Schmerzen vor sich ging. Patient wurde

dabei unwohl, bekam Schwindelanfall, der bei niederer Kopflage wieder verging. Bald nachher erfolgte eine zweite Entleerung von harten Massen ohne blutige oder sonstige Beimischung. Im Schlafe drehte sich Patient auf die rechte Seite, in welcher Stellung er etwa eine halbe Stunde verbrachte, um dann wegen Steigerung der Schmerzen die Rückenlage wieder aufzusuchen. Während der zweiten Hälfte der Nacht war der Schlaf unruhig.

Heute wird Patient in ein anderes Bett auf Luftkissen verlegt, wobei die lebhaftesten Schmerzen geklagt werden.

Damit der Kranke sich leichter verlegen kann, wird ein Galgen über dem Bett angebracht.

Temperatur morgens	37,1
„ abends	37,4
Puls	68
Atmung	18

27. I. 1895.

Schlaf etwas besser.

Jede Bewegung war schmerzhaft. Eisblase wird noch gut ertragen.

Appetit gut. Kein Stuhl.

Temperatur, Puls und Atmung normal.

28. I. 1895.

Schmerzhaftigkeit hat gegen anfangs etwas nachgelassen. Druck auf die oben angegebenen Punkte des Beckens ruft noch intensiven Schmerz an der typischen Stelle hervor.

Kein Stuhl.

Temperatur, Puls und Atmung normal.

29. I. 1895.

Schlaf schlecht.

Patient giebt an, dass er ohne jede Bewegung plötz-

lich Schmerzen bekommt, die vom Schambogen ausgehen und an der Innenseite des linken Oberschenkels nach unten ausstrahlen. Die Schmerzen werden als stechende angegeben.

30. I. 1895.

Nachts wieder die ausstrahlenden Schmerzen.

Im Allgemeinen Besserung.

Ordination: Vorsichtige Einreibung von Tinct. Arnic.

31. I. 1895.

Gestern Stuhlgang auf Od. Ricin. hin. Hierbei nahm Patient wieder auf eigenen Wunsch gegen ärztliche Anweisung sitzende Stellung ein. Schon vor dem Stuhlgang traten Schmerzen im Unterleibe auf, die während der Entleerung äusserst heftig wurden, sodass Patient jede Selbstbeherschung verlor. Nach dem Stuhlgang gingen die Schmerzen langsam wieder zurück. Die an dem Schambogen ansetzenden Muskeln links sind stärker gespannt als rechts. Auf den leisesten Druck heftige Schmerzen.

Ordination: Morphin. hydrochl. 0,15
Aqu. amygd. amar. 15,0
15 Tropfen.

1. II. 1895.

Schlaf gut. Anfallsweises Auftreten der ausstrahlenden Schmerzen. Allgemeinbefinden gut.

2. II. 1895.

Gestern abends wieder Stuhlgang. Weniger Schmerzen als früher.

Nachmittags ein ca. $^1/_2$stündiger Anfall äusserst heftiger Schmerzen. Eisblase wird nicht mehr vertragen.

4. II. 1895.

Gestern Abend fester, mit intensiven Schmerzen verbundener Stuhl. Schlaf schlecht.

Das linke Bein wird auf Wunsch des Patienten von aussen durch Heukissen gestützt. Bei Wegnahme der Stütze treten angeblich Schmerzen links von der Symphyse auf, die durch Zug hervorgerufen werden.

Stuhlgang mit heftigen Schmerzen, die ca. 1 Stunde lang andauern.

Schlaf schlecht.

8. II. 1895.

Täglich, ebenso nachts, Anfälle von ausstrahlenden Schmerzen, die ihren Anfang nehmen von der Mitte des Ligament. Poupart. und an der äusseren Seite des Oberschenkels hinabgehen. Schlaf durch diese Schmerzen häufig unterbrochen.

Beim Eingehen mit dem Finger in den Mastdarm klagt Patient über Schmerzen, sobald man in die Nähe des Beckengürtels kommt. Im Darm sonst nichts Abnormes zu fühlen.

9. II. 1895.

Patient drehte sich im Schlaf auf die rechte Seite, wodurch die Schmerzen wieder beträchtlicher wurden. Um 3 Uhr Morphiumtropfen.

11. II. 1895.

Schlaf gut, ebenso Allgemeinbefinden.

Druckempfindlichkeit der Symphysengegend noch gesteigert.

12. II. 1895.

Nach Angaben des Wärters und eines Zimmerkameraden begann Patient gestern Abend irre zu reden. Die Augen waren nicht geschlossen. Der Blick haftete zeitweise stier an der Decke. Anfangs enthielten die Worte Commandos, dann steigerte sich die Aufregung. Patient riss seine Hose von der Wand und zog sie an

beide Beine, trotz der äusserst heftigen Schmerzen, über die er sonst bei der leisesten Berührung klagte.

Da er die Absicht hatte, aus dem Bette zu springen, musste er von 2 Leuten gehalten werden.

Später bemerkte der Zimmerkamerad, dass Patient lauter wie gewöhnlich atme, wobei er die Bettdecke über den Kopf gezogen hatte. Beim Nachsehen hatte er ein Tuch um den Hals gewickelt und versuchte sich zu drosseln.

Bald darauf erwachte er aus seinen Wahnideen; gab an, müde zu sein, Kopfschmerzen zu haben und sich an nichts von dem Vorangegangenen zu erinnern.

13. II. 1895.

Bei der heutigen Visite fiel es auf, dass Patient zeitweise die Augen weit öffnete und mit drohender Miene umherblickte. Der Tag wurde ziemlich schmerzlos verbracht.

14. II. 1895.

Gestern wurde constatiert, dass sowohl am linken Unterarm wie Unterschenkel bedeutende Gefühlsherabsetzung besteht. Aus diesem Grunde wurde abends Probefaradisation mit dem schwächsten primären Inductionsstrome gemacht. Die Muskeln des linken Unterschenkels reagierten sämmtlich prompt, angeblich aber ohne Gefühlswahrnehmung des Stromes im Gegensatz zum rechten Beine.

Beim Aufwärtsgehen mit der Electrode warf sich Patient plötzlich mit einem Aufschrei zur Seite und fing unter Verzerrung des Gesichts über heftige Schmerzen im linken Beine zu klagen an. Es wachse im Becken eine Geschwulst. Parallel mit dem Ligament. Poupart. erschien zwar eine leichte wulstige Vorwölbung, anscheinend jedoch durch Contraction der Bauchmuskeln hervorgerufen, denn bei

schonender Betastung verschwand die Vorwölbung sofort und der Percussionsschall war tympanitisch.

Patient geriet in ungeheure Aufregung, machte gewaltsame Bewegungsversuche; warf den zur Beruhigung der Schmerzen aufgelegten Eisbeutel weit von sich. Um die Aufregung zu dämpfen, wurde Morphium 0,015 injiciert, was jedoch keine Ruhe brachte. Es folgte Brechneigung und gieriges Wassertrinken; Erweiterung der Pupillen bei beschleunigtem Pulse; Verdrehen der Augen, Irrereden, dann fast momentan Einschlafen.

Nach ca. 10 Minuten Erwachen. Klagen über Fühllosigkeit im linken Bein und Arm, sowie Schmerzen im Becken.

Nach weiteren 20 Minuten fast plötzlich wieder Einschlafen. Während des Schlafes verschiedene Aeusserungen und plötzlich mit kurzem Schrei, Zucken der Arme und Beine, wieder Erwachen. Dann folgen längere Zeit Irrereden und Hallucinationen.

Patient sieht an der Decke den Kameraden, der ihn kurz nach seiner Verletzung auf das Zimmer gebracht hat, spricht mit ihm und versucht nach ihm zu werfen. Wasser, nach dem er verlangt, wird als bitter und vergiftet zurückgewiesen; ebenso noch verschiedene andere Verfolgungsideen. Nachdem Patient noch zweimal eingeschlafen und wieder erwacht ist, fällt er plötzlich in tiefen Schlaf, der bis zum Morgen ungestört bleibt. Vor dem Einschlafen noch Klagen über Mattigkeit und Eingenommenheit des Kopfes.

15. II. 1895.

Patient erinnert sich an nichts von dem gestern Vorgefallenen. Beklagt sich über die vielen Fragen, die an ihn gerichtet werden.

16. II. 1895.

Patient klagt über Schmerzen an der Protuberant. occipit. extern. Im Schlaf dreht sich Patient auf die rechte Seite und wird mit angezogenem linken Beine aufgefunden. Nach dem Erwachen heftigere Schmerzen. Das Bein konnte gestreckt werden ohne heftigere Schmerzen in der Pfanne, jedoch intensive Schmerzen im Schambeinast und an der linken Synchondrosis sacro-iliac.

17. II. 1895.

Schlaf gut. Einmal im Schlaf umgedreht und durch Schmerzen erwacht.

Trochanter zu fühlen. Schmerzhaftigkeit hat bedeutend nachgelassen. Gefühlsherabsetzung nimmt ab nach eigenen Angaben am Oberschenkel und Becken, dagegen noch deutlich ausgesprochen am Unterschenkel und Vorderarm. Die rohe Kraft der linken Hand ist auf ein Minimum beschränkt. Faradisation mit primärem Strome.

18. II. 1895.

Gefühlsverminderung an der Hand nimmt ab, am Fuss noch sehr stark. Temperaturempfindung bis handbreit oberhalb der gefühllosen Zone stark herabgesetzt.

19. II. 1895.

Empfindungsgefühl des linken Beines gegen das rechte noch herabgesetzt. Das rechte Bein scheint fast überempfindlich zu sein. Der linke Fuss spürt nichts selbst von starkem secundären Strome. Faradisation ruft länger anhaltende Schmerzen im ganzen Beine hervor.

21. II. 1895.

Schlaf schlecht.

Untersuchung per rectum ergiebt keine positiven Resultate. Bei Berührung der Beckenknochen tritt sofort Schmerz auf. Die Prostata erscheint vergrössert.

Nach der Untersuchung anhaltende starke Schmerzen, die erst nach ca. 3 Stunden wieder vergehen.

22. II. 1895.

Schlaf von Mitternacht an unterbrochen.

Schmerzen bei Ruhelage gering. Stuhl ohne besondere Anstrengung und Beschwerde. Beim Versuch, das linke Bein zu heben, wird der Fuss in Klumpfussstellung gebracht und der linke Unterschenkel unter Abduction und Aussen-Rotation des Oberschenkels gebeugt.

Patient scheint also den Muscul. sartorius und Musc. tibial. antic. vorwiegend zu benutzen.

Behandlung besteht in Faradisation.

24. II. 1895.

Der linke Fuss steht immer in geringer Beugung nach innen und muss auf Verlangen von aussen gestützt werden. Stuhl ohne Schmerzen.

25. II. 1895.

Schlaf nicht besonders gut.

Abneigung gegen Morphium.

Taubes Gefühl im Mittel-, Gold- und Klein-Finger der linken Hand. Motilität nie gestört. Subjectives Befinden gut.

26. II. 1895.

Angeblich brennender Schmerz in der Steiss-Kreuz-Beingegend. Kein Decubitus. Stellung des linken Fusses etwas mehr nach innen wie früher. Passive Bewegungsfähigkeit nimmt zu.

28. II. 1895.

Gefühlswahrnehmung des linken Unterschenkels noch bedeutend herabgesetzt, ebenso im Vorderarm, besonders auf der Beugeseite. Sämmtliche Muskeln reagieren gut auf den electrischen Strom.

Schmerzen an der angenommenen Bruchstelle haben nachgelassen, in der Synchondrosis sacro-iliaca gering.

2. III. 1895.

Patient klagt wieder über ausstrahlende Schmerzen an der Innenseite des linken Oberschenkels nach abwärts.

Auf Massage mit Arnicatinctur verlieren sich die Schmerzen.

3. III. 1895.

Beim Versuch gestern zu baden, traten heftige Schmerzen an der Synochondris sacro-iliac. und seitlich links aufwärts auf, obwohl die gestreckte Körperlage achtsam so weit wie möglich innegehalten wurde.

Bald nachdem Patient wieder im Bett lag, trat jener stiere Blick wieder ein, der schon früher beobachtet wurde. Morphiuminjection. Beginn mit Massage der Leistengegend und des Beckengürtels an den Stellen, wo Schmerzen angegeben werden.

6. III. 1895.

Angeblich nachts auf der rechten Seite geschlafen, ohne besondere Schmerzsteigerung. Abends wieder ausstrahlende Schmerzen ohne vorangegangene Bewegung.

Zug am Fuss, Druck gegen die Sohle und geringste Rotationsbewegungsversuche rufen sofort lebhaften Schmerz in der Leistengegend hervor.

Sensibilität am linken Arm gehoben, am Fuss noch unverändert. Fortsetzung der Faradisation.

7. III. 1895.

Bewegungsfähigkeit und Gefühlswahrnehmung gebessert.

10. III. 1895.

Am linken horizontalen Schambeinast ist eine breite Verdickung zu fühlen, die wohl mit Callusbildung in Verbindung zu bringen ist.

11. III. 1895.

Klagen über stechende Schmerzen im rechten Unterschenkel und Sohle. Die Gefühlswahrnehmung dort nicht herabgesetzt. Am linken Unterschenkel noch unverändert.

12. III. 1895.

Keine Klage über spontan auftretende Schmerzen. Wenn jedoch Patient nur um ein Geringes nach irgend einer Seite des Bettes rücken will, so empfindet er noch immer an der typischen Stelle einen Schmerz, der ihm jede fernere Bewegung unmöglich macht.

Patient fürchtet sich vor dem Electrisieren.

14. III. 1895.

Klumpfussstellung des linken Fusses scheint zuzunehmen.

Maasse:

Umfang des Unterschenkels oberhalb der Knöchel:
links 20 cm — rechts 21½ cm.

Stärkster Waden-Umfang:
links 29 cm — rechts 30 cm.

Oberschenkel an der Grenze des Hodensackes:
links 45 cm — rechts 45 cm.

Oberschenkel handbreit oberhalb der Patella:
links 32 cm — rechts 33 cm.

Behandlung mit dem electrischen Strom wird fortgesetzt.

15. III. 1895.

Beugung des Beines etwas weiter möglich. Passive Beugungsübungen im Knie- und Hüftgelenk, die jedoch nur in sehr geringem Maasse ausführbar sind, da sich alsbald Schmerzen, vom Becken in den Oberschenkel ausstrahlend, einstellen.

16. III. 1895.

Vom Wärter wird angegeben, dass Patient Muskelzuckungen in den Beugemuskeln des Ober- und Unterarmes links gehabt habe. Auch heute halten diese Zuckungen noch an sowohl im Arm wie in den Augenlidern, ausserdem geringer Tremor in beiden Händen und beim Ausstrecken der Zunge.

Die Klumpfussstellung des linken Fusses scheint eher zu als abzunehmen; bei Geraderichtung des Fusses werden stechende Schmerzen auf dem Fussrücken angegeben.

19. III. 1895.

Nachdem sich in den letzten Tagen deutliche Besserung gezeigt hatte, wird Patient heute auf dem rechten Beine stehend ausserhalb des Bettes angetroffen. Körpergewicht 55 kg.

21. III. 1895.

Patient wurde durch Suggestion, indem ihm gesagt wurde, bis zum Urlaub müsse er gebessert sein, resp. indem ihm täglich der Fortschritt in der Beugungsfähigkeit um einige Centimeter gezeigt wurde, sichtlich beeinflusst. Jetzt verlangt Patient selbst, electrisiert zu werden.

Nachmittags bewegte sich Patient ca. 4 Stunden mit kurzen Unterbrechungen auf Krücken. Auf den linken Fuss kann er nicht auftreten, da starke Schmerzen an den früher bezeichneten Punkten sich einstellen.

23. III. 1895.

Patient musste sich heute, nachdem er kaum 1 Stunde ausserhalb des Bettes zugebracht hatte, wieder niederlegen, weil der rechte Fuss schmerzhaft wurde. An der Innenseite des rechten Oberschenkels an Stelle der früheren Blutextravasation: stärkere Rotfärbung der Haut und

Füllung der Venen gleich einer Phlebectasie. Rechte Leistendrüse etwas geschwellt.

27. III. 1895.

Rötung blasst langsam ab, Patient steht wieder auf.

29. III. 1895.

Bringt bei mässiger Bewegung auf den Krücken ca. 3 Stunden ausser Bett zu. Das Gefühl ist an der oberen Extremität nahezu vollständig wiedergekehrt, rohe Kraft dortselbst noch stark herabgesetzt; am Unterschenkel werden Nadelstiche noch wenig wahrgenommen. Die Klumpfussstellung des linken Fusses geht nicht zurück.

Behandlung: Electrisieren, Massage, Bäder.

Körpergewicht $54^1/_2$ kg.

31. III. 1895.

Allgemeinbefinden gut. Nach den Bädern nimmt angeblich die Steifigkeit des ganzen Körpers und besonders des linken Beines ab.

5. IV. 1895.

Patient klagt über Kreuzschmerzen.

Die Gefühlsherabsetzung am linken Oberschenkel, die schon fast beseitigt war, hat wieder zugenommen. Am Unterschenkel ist dieselbe jetzt sehr hochgradig.

Die Hakenstellung des Fusses ist noch mehr ausgesprochen wie früher.

6. IV. 1895.

Das linke Bein kann activ in geringem Grade gebeugt und etwas gehoben werden. Sensibilität am Unterschenkel völlig erloschen, vom Knie bis zur Mitte des Oberschenkels wesentlich herabgesetzt, von da gegen die Hüfte intact. Kreuzschmerzen bestehen fort.

8. IV. 1895.

Schmerzen im Kreuze geringer, dagegen haben sich wieder Schmerzen im r e c h t e n Oberschenkel eingestellt, die ein längeres Aufbleiben verhindern. Die Stelle des früheren Blutergusses wieder lebhaft gerötet.

Fortsetzung der Behandlung mit electrischem Strom und Bädern.

15. IV. 1895.

Beim Auftreten auf den linken Fuss, dessen Klumpfussstellung immer noch sehr ausgesprochen ist, bekommt Patient angeblich ein Gefühl, als trete er auf Nadeln, besonders sobald er den inneren Fussrand dem Boden zu nähern versucht. Dieses Gefühl pflanzt sich nach aufwärts bis in die linke Leisten- und Kreuzbeingegend fort.

18. IV. 1895.

Hakenstellung des linken Fusses scheint zuzunehmen. Mit Flanellbindenverband wird ein Versuch gemacht, dieser Stellung entgegenzuwirken. Faradisation.

20. IV. 1895.

Gestern wieder Gehversuche. Schmerzen in der Fusssohle liessen sofort nach, nur trat grosse Müdigkeit ein. Das linke Bein kann heute um einige Centimeter höher gehoben werden als früher. An dem linken horizontalen Schambeinaste ist jetzt eine deutliche Verdickung zu fühlen. Palpation nicht mehr besonders schmerzhaft.

Massage mit Jod-Kali-Salbe.

25. IV. 1895.

Sämmtliche Muskeln reagieren gut auf schwachen Strom. Unterschied des Wadenumfanges links — $^1/_2$ cm gegen rechts.

27. IV. 1895.

Contractur des linken Fusses nach innen hat etwas zugenommen. Die active Beweglichkeit des Fussgelenkes ist völlig aufgehoben. Die passiven Bewegungen fanden anfangs grossen Widerstand, auf Zureden jedoch bedeutend leichter. Nachts über Ausgleichung der Contractur durch Volkmann'sche Schiene. Während des Tages mehrfache Gehversuche, wobei das Nadelstechen verschwunden ist.

Wesentlicher Fortschritt in der Bewegungsfähigkeit der ganzen Extremität.

Behandlung: Electrisieren, mehrfach täglich Massage der linken Extremität und mehrfache passive Bewegungen des Fussgelenkes.

30. IV. 1895.

Beim Versuche, die Hakenstellung des Fusses zu corrigieren, sprang der Fuss plötzlich in die normale Stellung zurück. Es wurde dabei eine wellenförmige, sich von unten nach oben fortpflanzende Zuckung in der Musculatur des linken Beines beobachtet. Patient giebt an, es sei ihm etwas im Beine heraufgelaufen.

Nach kurzer Zeit tritt wieder die Hakenstellung des Fusses ein.

1. V. 1895.

An der Innenseite des linken Unterschenkels haben sich ca. 60 Petechien gebildet. Contratur des linken Vorderfusses gebessert. Patient geht jetzt auf eigenes Verlangen hin auf zwei Stöcke gestützt.

Auf ausdrückliche Mahnung hin kann er auch mit dem Innenrande der Fusssohle auftreten.

5. V. 1895.

Kann auf Befehl die Hakenstellung selbst corrigieren. Mittels des electrischen Stromes wird der Fuss bei jedem

Aufsetzen der Electrode prompt in die normale Stellung gebracht, um jedoch bei Stromunterbrechung ebenso prompt die alte Stellung wieder einzunehmen.

6. V. 1895.

Bedeutender Fortschritt in der activen Beweglichkeit. Patient geht jetzt an einer Krücke.

Fortsetzung der Behandlung mit Massage, Faradisation und Bädern.

14. V. 1895.

Contractur des Fusses gebessert. Beweglichkeit der ganzen Extremität noch ziemlich beschränkt, jedoch wesentlich gebessert.

Die Genesis der vorliegenden Verletzung müssen wir als eine Seltenheit bezeichnen.

Ein junger, robuster Mann, der als gewandter Turner bekannt war, springt, nachdem er, der Vorschrift gemäss, nur 3 Schritte Anlauf genommen hat, mit der linken Hüfte gegen den stumpfen Rand eines gepolsterten und mit Leder überzogenenen Turngerätes, und dieser geringe Kraftaufwand genügt, um eine Fractur des Schambeinastes herbeizuführen.

Fragen wir uns zunächst, ob wir berechtigt sind, die diagnose Fractur des horizontalen linken Schambeinastes aufrecht zu halten, so dürfte hierüber wohl kein Zweifel bestehen. Allerdings bietet der Verlauf unseres Falles manches Auffällige. Zunächst ist es merkwürdig, dass der Patient unmittelbar nach stattgehabtem Unfalle sich wieder erheben und, wenn auch gestützt von zwei Kameraden, oder, wie in der Krankengeschichte ausdrücklich bemerkt ist, halb getragen, noch zwei Treppen hinaufgehen konnte;

während sonst derartig Verletzte, wenn sie im Moment der Verletzung gestürzt waren, sich in der Regel nicht zu erheben vermögen.

Kurze Zeit nach dem Unfalle trat dann die grosse Schmerzhaftigkeit auf, die jede active und passive Bewegung unmöglich machte. Die objectiven localen Erscheinungen sind nur mässig ausgesprochen, wie dieses bei Beckenfracturen sehr häufig der Fall ist.

Crepitation ist nicht vorhanden. Vielleicht wäre es möglich gewesen, eine solche durch gewaltsames Einwirken auf den lädierten Knochen hervorzurufen, doch ist natürlich bei der Lage der Dinge ein solches Vorgehen um so mehr zu verwerfen, als man doch annehmen darf, dass bei der geringen Gewalteinwirkung, die die Verletzung verursachte, letztere sich jedenfalls auf ein kleines Gebiet beschränkte, und dass man bei einer forcierten Untersuchung, sei es durch Splitterung der Bruchenden, sei es durch Verletzung irgendwelcher, von dem Beckengürtel eingeschlossenen Weichteile, mehr Schaden als Nutzen stiften würde.

Eine Dislocation war ebenfalls nicht nachzuweisen. Das wichtigste Zeichen ist, wie in vielen Fällen von Beckenbruch, so auch bei dem unsrigen, der auf eine circumscripte Stelle localisierte Bruchschmerz.

Berührte man irgend einen hervorspringenden Punkt des Bekenringes und übte einen geringen Druck aus in der Richtung gegen die Symphyse zu, so trat in jedem Falle an derselben Stelle, links von der Symphyse, der typische Schmerz auf.

Wichtig ist ferner das Eintreten von Blut in das Unterhautzellgewebe am hinteren inneren Teile des rechten Oberschenkels.

Wenn wir, wie von mehreren Augenzeugen auf das Bestimmteste angegeben wird, annehmen, dass Patient mit der linken Hüftgegend auf den stumpfen und gepolsterten Rand des Pferdes aufgetroffen ist, so müssen wir jedenfalls die Blaufärbung am rechten Oberschenkel und ebenso eine solche am unteren Teile des Hodensacks durch Senkung eines Blutextravasates erklären.

Wenn auch von den hier angeführten Erscheinungen noch keine berechtigte, die Diagnose Beckenfractur mit aller Bestimmtheit zu behaupten, so genügten doch die einzelnen Symptome, — der locale Schmerz, der spontan auftrat und in den Obeschenkel ausstrahlte; die Blutfärbung, die Unfähigkeit des Kranken, das Becken nur im Geringsten zu bewegen, ohne sich eine heftige Schmerzsteigerung zuzuziehen, — um ein hinlängliches Bild von dem Umfange der Verletzung zu geben und die Diagnose Fractur des linken horizontalen Schambeinastes mit grösster Wahrscheinlichkeit aufzustellen.

Diese Wahrscheinlichkeit wurde dann später zur Gewissheit; als man an dem horizontalen Schambeinast eine Verdickung, d. i. Callusbildung, deutlich nachweisen konnte.

Weiter bietet nun der Verlauf der Heilung manches Interessante.

Beiläufig möchte ich auf die vom 2.—5. Tage bestehende Temperatursteigerung aufmerksam machen, die mit den neueren Untersuchungen über Fieber bei subcutanen Verletzungen völlig übereinstimmt.

Dann aber tritt 20 Tage nach dem erlittenen Unfall eine Complication von Seiten des Nervensystems hinzu, auf die ich etwas näher eingehen zu müssen glaube.

Die Anamnese ergiebt inbezug auf erbliche Beladung nichts Bestimmtes. Inbezug auf das frühere Wesen des

Patienten stimmen die Aussagen überein, dass derselbe oft einen eigenartig launischen, jähzornigen und zu Zeiten auch zertreuten Eindruck machte. Ebenso wird von Kameraden angegeben, dass der Blick des Patienten schon früher einen merkwürdigen Ausdruck gehabt habe,

Rufen wir uns zunächst die Symptome, die auf eine Störung im Nervensystem hindeuten, kurz in's Gedächtnis zurück:

Am 12. Februar, d. i. 20 Tage nach dem erlittenen Unfalle, beginnt Patient plötzlich irrezureden, ohne dass etwa Fieber vorhanden gewesen wäre, oder der Kranke Morphium genommen hätte.

Während derselbe früher keinen Zoll breit in seinem Bette sich bewegen konnte, ohne sich die heftigste Schmerzsteigerung zuzuziehen, nimmt er sein Beinkleid von der Wand, wobei er sich aufrichten musste, und zieht dasselbe über beide Beine.

Damit er seine Absicht, aus dem Bette zu springen, nicht ausführt, muss er gehalten werden.

Nachdem er die Unmöglichkeit eingesehen hat, seine jetzige Lage zu verändern, sucht er sich zu erdrosseln.

Als er aus seinen Wahnideen erwacht ist, giebt er an, müde zu sein, Kopfschmerz zu haben und sich an nichts von dem Vorangegangenen zu erinnern.

Am folgenden Tage wird eine Anaesthesie am linken Unterschenkel und zugleich am linken Vorderarm beobachtet.

Beim Electrisieren plötzlich neuer Anfall von Hallucinationen im Gebiete des Gesichtes und Geschmackes; Verfolgungsideen und plötzlich Einschlafen; bald darauf Erwachen mit einem Schrei, Klagen über Mattigkeit und Eingenommenheit des Kopfes,

Die Anaesthesie des Unterarmes und Unterschenkels

hat bis zur Anfertigung dieser Arbeit, also über 3 Monate lang angehalten. Dieselbe umfasst den ganzen Unterschenkel und hört in der Mitte des Oberschenkels fast kreisförmig auf. Am Arm schliesst sie mit dem Ellenbogengelenk gerade so scharf wie am Oberschenkel ab.

Später trat dann eine Contractur des Fusses in Klumpfussstellung hinzu.

Fassen wir alle diese Erscheinungen in's Auge, so glaube ich, dass wir es hier mit den interessanten Symptomen, der eigentümlichen aber leider auch dunklen Krankheit, der Hysterie, zu thun haben, und zwar mit Hysterie nach einem Trauma.

Zuvor halte ich es für nöthig, kurz auf die neueren Hypothesen der Hysterie eingehen zu müssen, um auf Grund dieser die Diagnose in unserem Falle zu stützen.

Die Ansicht, dass es sich bei Hysterie um allgemeine Ernährungsstörungen handle, und die hauptsächlich dadurch genährt wurde, dass besonders das weibliche Geschlecht in den Pubertätsjahren von dieser Krankheit befallen wird, ist wohl allgemein als fälschlich abgethan.

Andere Theorieen, z. B. die von Oppenheim, nach welcher die Hysterie in einer reizbaren Schwäche begründet ist, und die er auf moleculäre Veränderungen chemischer oder physicalischer Natur zurückführt, helfen uns zwar über manchen Mangel wissenschaftlicher Erkenntniss im Gebiete dieser Erkrankung hinweg, doch lassen sie uns in practischer Hinsicht nur allzuoft im Stich.

Näher liegt es, der Ansicht Strümpells beizutreten, der in der Hysterie mehr eine Psychose sieht. Strümpell giebt folgende Erklärung:

„Wir fassen die Hysterie als eine Krankheit auf, welche sich ausschliesslich auf die mit den physischen Vorgängen

unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, also wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge allein bezieht, sondern ebenso auf die Verknüpfung derselben mit rein körperlichen Vorgängen. Dabei liegt aber der Ausgangspunkt in letzter Hinsicht stets auf psychischem Gebiet, wenn auch der Anlass der psychischen Veränderungen oft genug in materiellen Vorgängen zu suchen ist."

Wenn wir nun die oben genannten Symptome unseres Falles von diesem Gesichtspunkte aus näher betrachten, so lassen sie sich sämmtlich sehr gut unter dem Bilde der Hysterie vereinigen. Die materiellen Vorgänge sind durch das Trauma gegeben, und hauptsächlich ist es wohl der Schreck, dann der später einmal aufgetretene Chock, auf die wir den Ausbruch der Hysterie zurückführen müssen.

1. Das plötzliche Auftreten von Hallucinationen und das hierin begründete Irrereden, sowie die Verfolgungsideen können wir als einen abortiven hysterischen Anfall auffassen, der allerdings eines klassischen Characters entbehrt.
2. Momente, die unter die von Charkot „Stigmata" genannten permanenten Zeichen der Hysterie fallen, sind die Anaesthesie im linken Unterschenkel und Vorderarm, sowie die später auftretende Contractur des linken Fusses.

   Ersteres ist umsomehr als hysterische Erscheinung anzusehen, als dieselbe an bestimmten Punkten, sowohl des Armes wie des Beines, durch horizontale Ebenen unmittelbar begrenzt wird, und sich nicht auf das Gebiet einzelner Nerven erstreckt, sondern das Bein, resp. den Arm, vollständig umfasst.

3. Auch die Contractur des Fusses trägt hysterischen Character, zumal sie auf Ermahnung hin durch erhöhte Willensthätigkeit beseitigt werden kann, und dann erst nach längerer Zeit wieder eintritt.
4. Ebenso ist das Gefühl von Nadelstechen, das im Fusse beginnt und sich nach und nach über das ganze Bein erstreckt, ein Symptom der in so mannigfachen Erscheinungen zu Tage tretenden Hysterie.
5. Ein weiteres Moment bilden die von Zeit zu Zeit auftretenden Circulationsstörungen.

Ad I. Patient leidet deutlich an einer melancholischen Verstimmung. Früher gesund und kräftig, an körperliche Arbeit gewöhnt, empfindet er jetzt doppelt die Schwere der Verletzung, die ihm jede Bewegung unmöglich macht, und die bei ihm die Hoffnung auf völlige Wiedergenesung mehr und mehr schwinden lässt. Die Ruhe des Lazarets, der Mangel an Bewegung, überhaupt die grosse Veränderung seiner äusseren Verhältnisse gegen früher geben ihm Anregung genug, sich das Trostlose seiner Lage in den krassesten Farben auszumalen, und es wird uns nur natürlich erscheinen, wenn der Kranke schliesslich seine Energie sinken fühlt und sich einer Gemütsaufregung hingiebt. Der Schritt von dieser Gemütsaufregung zur Bethätigung seiner in den Hallucinationen begründeten Wahnvorstellungen ist natürlich kein grosser.

Ad. II. Für die vorhandene Anaesthesie des linken Unterschenkels und Vorderarmes ist geradezu characteristisch ihre Hochgradigkeit, sowie ihre eigentümliche Begrenzung. Die Anaesthesie steht, wie schon oben erwähnt, in keinerlei Zusammenhang mit der Verbreitung irgend eines Hautnerven. Wir glauben das beste Bild von ihrer Ausdehnung zu geben, wenn wir letztere am Bein mit einem handbreit

über das Knie reichenden Strumpf, am Arm mit einem bis zum Ellenbogengelenk reichenden Handschuh markieren.

In diesem Bereich ist anfangs die Sensibilität für alle Qualitäten hochgradig herabgesetzt resp. aufgehoben. Völlig erloschen ist das Berührungs- resp. Druckgefühl. Schmerz und Temperaturgefühl sind sowohl am Arm wie am Bein in der angegebenen Ausdehnung vollständig geschwunden.

Die Prüfung der electrischen Untersuchung ergiebt:

Die Muskeln des linken Beines sind sowohl für den faradischen wie für den constanten Strom direct und indirect erregbar. Die Zuckungen erfolgen sehr prompt, fast blitzartig. Die Kathodenzuckung ist deutlich stärker als die Anodenzuckung. Zwischen der Erregbarkeit der kranken und gesunden Extremität besteht kein deutlicher Unterschied, doch ruft der faradische Strom auch bei grösserer Stärke keine Empfindung im linken Fusse hervor, während rechts die Empfindlichkeit gesteigert erscheint.

Ad III. Dieses „Stigma“ der Hemianästhesie geht am häufigsten Hand in Hand mit der hysterischen Contractur; so auch in unserem Falle. Die Contractur sehen wir, wie dieses so oft bei hysterischer Grundlage der Fall ist, ziemlich plötzlich auftreten. Durch erhöhte Willensthätigkeit kann sie gehoben werden, ebenso schwindet sie sofort bei Reizung der Antagonisten. Sie ist ein permanentes hysterisches Symptom im strengsten Sinne des Wortes. Seit 3 Monaten besteht sie fort, unbeeinflusst selbst durch den tiefsten Schlaf; auch am Tage kommen keine Verschlimmerungen und Remissionen vor. Wird sie passiv beseitigt, so tritt sie nach wenigen Augenblicken der krankhaftesten Anstrengung, die dem Patienten Schmerzen bereitet und alsbald zu grosser Ermüdung führt, geradezu ruckweise wieder ein.

Ad IV. Zugleich mit der Contractur tritt das abnorme Gefühl von Nadelstechen ein, das wir in der Litteratur häufig als leichtes „Eingeschlafensein“ beschrieben finden. Diese Störung dürfte vielleicht mit dem letzten Symptom, der Circulationsstörung, in Verbindung zu bringen sein. Im Verlaufe der Krankheit tritt nämlich bei unserem Patienten plötzlich eine Erweiterung der Hautvenen des gesunden Beines auf, dieses konnte mehrmals constatiert werden. Auf Grund dieser Thatsache könnten wir auch einen Gefässkrampf in dem kranken Beine annehmen, und dadurch zeitweise Reizung der sensiblen Nervenendigungen vermuten.

Nachdem wir sonach die Symptome, die unser Kranker bietet, klinisch genau analysiert haben, kommen wir zu dem Ergebnis, dass es sich handelt um eine Fractur des linken horizontalen Schambeinastes, und im Anschluss an dieses Trauma traten Symptome zu Tage, deren Natur wir als eine hysterische bezeichnen müssen. Kommen wir zum Schluss noch auf die Frage der Aetiologie der Hysterie.

Unsere Kenntnisse über das Wesen und den Ursprung der Hysterie verdanken wir zum grössten Teile den Franzosen. Briquet's Buch war der Ausgangspunkt. Er war der erste, der sich mit den hysterischen Contracturen beschäftigte. Seine Abhandlung: „Traité clinique et thérapeutique de l'Hystérie, Paris 1859“ hat den Grundstein gelegt zur modernen Lehre von den lokalen Symptomen der Hysterie. Den weiteren Aufbau der Lehren Briquet's hat Charcot seit etwa 25 Jahren im Verein mit seinen Schülern sich zur Aufgabe gemacht, und Charcot's Hauptverdienst ist es, Licht in das Dunkel jener eigenartigen Krankheit gebracht zu haben.

Charcot nimmt wie für alle anderen Arten von Hysterie,

so auch für die „névrose hystéro-traumatique“ eine neuropathische Praedisposition an und räumt dem Trauma nur die Bedeutung einer Gelegenheitsursache, eines „agent provocateur“, ein.

Wenn wir nun auch in unserem Falle durch die Anamnese keine Anhaltspunkte gewinnen für die erbliche Belastung, so kann uns dieser Umstand doch keinen Beweis dafür geben, dass unser Kranker nicht die Anlage zu krankhaften Veränderungen des Nervensystems mit auf die Welt gebracht habe. Denn die Erfahrung lehrt uns oft im Gegensatz zu den Angaben des Kranken und seiner Familie, dass schon in der Jugend wunderliche Züge an dem Patienten wahrgenommen wurden, und in unserem Falle können wir den Angaben der Kameraden über das jähzornige, launische Wesen und den öfter beobachteten merkwürdigen Ausdruck des Gesichts des Kranken einigen Wert beilegen.

Was endlich die Therapie der Hysterie anlangt, so ist immer wieder zu betonen, dass entsprechend der Auffassung des Wesens der Hysterie nur seelische Einwirkungen in Betracht kommen können. Als gute Unterstützungsmittel sind uns die Electricität und die Bäder bekannt. Wie wir durch Suggestion den Kranken im wachen oder hypnotisierten Zustande zu beeinflussen vermögen, so dienen auch die angewandten Arzneimittel dazu, den Glauben des Kranken zu befestigen, und die Wirkung der Massage können wir mit Recht als eine locale Hypnose bezeichnen.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Stabsarzt Dr. Patin für die Anregung zu dieser Arbeit, sowie den Herren Professoren Dr. Klaussner und Dr Angerer für die Unterstützung bei ihrer Abfassung meinen herzlichsten Dank abzustatten.